SUR LA DISPARITION SPONTANÉE

DE

CERTAINS NÉOPLASMES

Par M. le Dr AUGAGNEUR

De tous les caractères attribués aux néoplasmes, aucun ne semble mieux établi que leur persistance et leur tendance indéfinie à s'accroître. Conheim (1) a dit que jamais un néoplasme ne rétrograde ou ne disparaît spontanément. Si tous les auteurs classiques citent des faits de tumeurs guéries par la gangrène consécutive à leur inflammation, aucun ne mentionne leur rétrocession spontanée, sans inflammation ulcérative ou gangréneuse. C'est sur des faits de cette sorte que je désire attirer l'attention.

J'ai, à deux reprises, observé des malades porteurs de néoplasmes qui ont disparu en totalité ou partiellement. L'un de ces faits a été publié par M. Raymond Tripier dans le *Lyon Médical* en 1876, le second a trait à un malade que M. Daniel Mollière a présenté à la Société des sciences médicales. La recherche de cas analogues m'en a fourni un nombre beaucoup plus considérable que ne l'aurait fait supposer le silence de la plus grande partie des auteurs. L'exposé de ces observations et des conséquences qui découlent de leur critique fait l'objet de ce travail.

On peut classer dans trois catégories spéciales les cas de néoplasmes ayant rétrocédé spontanément. Dans une première

(1) Conheim, *Vorlesüngen über Allgmeine Pathologie.* 1877, p. 658.

classe se rangent les lymphadénomes ; dans une seconde, des tumeurs diverses pour lesquelles la rétrocession est un fait rare, inconstant et qui n'imprime pas un cachet clinique spécial aux productions morbides disparues ; enfin, dans une troisième série, nous trouvons des néoplasmes ayant une évolution spéciale, une forme anatomique et clinique bien déterminée et qui peuvent se grouper sous le nom de *polysarcose régressive*. Une constitution anatomique répondant à celle du sarcome et une tendance constante à la régression ou à la disparition complète sont les deux principaux caractères de ce genre morbide.

I

Disparition spontanée des lymphadénomes.

Le lymphadénome peut être intra ou extra-glandulaire. Je ne m'occuperai pas ici du lymphadénome intra-ganglionnaire. Il est depuis longtemps de connaissance vulgaire que ce que Trousseau nommait l'adénie et les Anglais « hogdkin's disease » est une affection souvent intermittente et procédant par poussées. Chez certains malades, les ganglions tuméfiés peuvent à plusieurs reprises récupérer leur volume normal, soit que toute trace de la maladie disparaisse temporairement, soit que d'autres points du système lymphatique soient atteints à cette même époque. Ces alternatives sont mentionnées dans toutes les observations prises avec soin. C'est ce que démontre la thèse de M. Humbert (1) dans le passage suivant : « L'accroissement des lymphadénomes n'a rien de régulier, quelquefois même on les voit diminuer ou disparaître complètement par places, d'une manière spontanée. Mais cette disparition n'est que momentanée et d'autres tumeurs se développent dans le voisinage ou dans des régions plus éloignées. »

(1) Humbert, *Des néoplasmes des ganglions lymphatiques.* (Thèse d'agrégation, 1878, p. 67.)

Cette marche ne se montre pas seulement dans le lymphadénome ganglionnaire, mais aussi dans les hyperplasies du tissu lymphatique, quelle que soit la place qu'il occupe, et nous permet de prévoir par analogie le mode d'évolution de la lymphadénie cutanée, du mycosis fungoïde. On sait en effet que la résorption spontanée est un caractère constant des tumeurs constituant cette affection.

Mais si la rétrocession des lymphadénomes glandulaires est bien connue, il n'en est pas ainsi des lymphadénomes plus ou moins purs, des lymphosarcomes développés dans les parenchymes. La parotide et le testicule, par exemple, sont fréquemment le siége de lésions de ce genre, possédant un haut degré de malignité. L'observation suivante prouve que leur marche peut subir des temps d'arrêt très-prononcés.

Observation I (Henry Butlin) (1). — G. L..., garçon âgé de 10 ans, entre à l'hôpital St-Barthélemy, dans le service de M. Holden, en juin 1875. Il est porteur depuis un an d'une tumeur du volume d'une noix, placée dans la région parotidienne gauche. Une autre petite tumeur située dans le tissu cellulaire du front en haut et à gauche fut prise pour un kyste sébacé. Quant à la tumeur parotidienne, d'une consistance dure, presque cartilagineuse en certains points, elle fut extirpée avec assez de peine, grâce à ses connexions anatomiques.

Cicatrisation complète en un mois.

L'enfant rentre à l'hôpital en octobre 1875. La tumeur du front s'est accrue et une autre plus petite a pris naissance dans son voisinage. M. Holden enlève ces tumeurs et avec elles une grande étendue de tissu sain.

Août 1876. Le malade revient à l'hôpital. Ses deux testicules sont tuméfiés, le gauche depuis neuf mois, le droit

(1) La première partie de l'observation est publiée dans le vol. XXIX, p. 211 des *Transactions of the path. Society of London;* la seconde partie dans le vol. XXX, p. 396, 1879, du même recueil.

depuis un peu moins longtemps. Tous deux offrent les mêmes caractères ; ils sont généralement lisses, durs, mais présentent çà et là des nodules ou tubercules assez volumineux, sans chaleur, douleur ou tension. Le scrotum n'est pas adhérent et, quoique distendu, nullement malade. Les tumeurs ont une consistance cartilagineuse : à gauche le volume est celui d'un œuf de dinde, à droite il est un peu moins considérable. Malgré un traitement spécifique très-soigneusement dirigé, la maladie continue à s'accroître, et en septembre 1877 les testicules ont doublé de volume. De nouvelles productions morbides ont pris naissance sur la face postérieure de la cuisse droite.

L'état général n'est nullement atteint, les poumons n'offrent rien d'anormal. Puis d'autres néoplasmes se montrent au niveau du grand trochanter à droite, et dans le tissu cellulaire sous-cutané sur le grand pectoral à gauche.

Pendant ce temps, le testicule gauche a continué à croître, mais n'est pas adhérent au scrotum ; il a le volume d'un œuf d'oie. Mais le *testicule droit a considérablement diminué*, tout en restant dur et noueux.

M. Holden enleva en avril 1878 la tumeur du dos et une autre sur le front. Mais bientôt d'autres néoplasmes apparaissent à droite sur l'avant-bras, avec adhérence aux os ; sur le bras avec envahissement des muscles. Des masses bourgeonnantes envahissent les cicatrices opératoires et deviennent énormes. Ulcération et gangrène de la tumeur du bras.

Mort le 10 août 1878 dans l'épuisement.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion dans les organes internes. Une chaîne de ganglions remplissait la fosse iliaque de chaque côté. Du côté droit, les ganglions sont plus volumineux qu'à gauche ; il est à remarquer que c'était à gauche que la diminution du testicule avait été constatée.

Toutes ces tumeurs, du testicule, de la parotide, du tissu cellulaire, des ganglions avaient la même structure. M. H. Butlin, qui avait examiné celles du front et de la parotide après leur ablation en 1875, crut alors avoir affaire à un sarcome (round celluled sarcoma). Mais les coupes pratiquées

sur les testicules lui firent penser que l'affection s'était modifiée, car elles offraient toutes les caractères du lymphosarcome. Ce dernier diagnostic est très-probable, car les caractères cliniques sont absolument ceux que Monod et Terrillon attribuent au lymphadénome du testicule. Le début par la glande parotide ne peut embarrasser, étant connues les affinités pathologiques qu'elle affecte avec le testicule.

Comme se rattachant au même ordre de faits, je citerai encore l'observation suivante.

Observation II (Guyon et Heurtaux) (1). — Femme de 28 ans. Pas de syphilis. Portait sur le poignet droit une tache pigmentaire de naissance, qui se tuméfia et prit la forme d'une verrue en novembre 1870. Elle s'accrut, s'ulcéra, prit la forme d'un champignon et fut enlevée par la ligature de son pédicule. En février 1872, à la partie postérieure de l'avant-bras, ont paru six tumeurs, dont *quelques-unes ont disparu sans laisser de trace.* Ces tumeurs sont ovoïdes, du volume d'une olive, adhérentes à la peau qui est rougeâtre. Les lymphatiques sont indemnes. Sur le côté externe de l'avant-bras, nodosités qui se multiplient et deviennent des tumeurs, *d'autres fondent graduellement.* Ulcération d'une de ces tumeurs. Douleurs vives. Mort le 25 janvier 1873. Heurtaux trouva un sarcome lymphadénoïde.

L'attention une fois attirée sur la marche de ces néoplasmes, il est probable que leur rétrocession s'observera assez souvent.

II

Une constitution anatomique commune établit un lien naturel entre les observations que je viens de citer. Dans celles qui vont suivre on ne trouve rien de semblable; la rétrocession est le seul caractère qui permette de les rappro-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1873, p. 708. Cette observation est donnée dans le compte-rendu de la séance du 22 octobre 1873 de la Société de chirurgie. Les bulletins de cette Société n'en font aucune mention.

cher. Et encore cette rétrocession n'est qu'un fait accessoire, se montrant irrégulièrement, et complètement insuffisant pour modifier le pronostic ou la forme clinique.

Observation III (Nélaton) (1). — Turet, 46 ans, cultivateur, entre à l'hôpital des Cliniques le 28 octobre 1844.

Bonne santé antérieure, pas de syphilis.

Il y a deux mois, pendant la convalescence d'une fluxion de poitrine, apparition de douleurs pulsatiles sur les parois du crâne, bientôt suivies de tuméfaction. A son entrée à l'hôpital, il porte sur le cuir chevelu quatre tumeurs, deux dans les régions pariétales et deux sur le sommet du crâne. Elles font une saillie de 21 centimètres environ et ont un diamètre de 7 à 2 1/2 centim. Elles adhèrent aux os, ne sont pas douloureuses et ont la consistance du squirrhe. Aucune trace de travail phlegmasique. Après quelques jours elles deviennent pulsatiles, diminuent peu à peu et disparaissent complètement à la fin de novembre, en laissant à leur place une dépression dans les parois du crâne.

Peu après le malade rentra à l'hôpital, où il mourut d'une pleurésie. Vingt jours auparavant, une tumeur nouvelle s'était montrée dans la fosse temporale gauche. A l'autopsie, cette tumeur avait perforé les os et reposait sur la dure-mère sans y adhérer. Elle était constituée par du *tissu encéphaloïde.* Dans les points où existaient les autres tumeurs, on trouve une petite quantité de liquide brun, opaque, infiltré dans le tissu cellulaire et colorant la dure-mère par imbibition. Pas d'altération des os dans les points perforés.

Cette autopsie a été vérifiée par Robin. Plusieurs tumeurs encéphaloïdes existaient dans d'autres points, et un caillot trouvé dans le cœur contenait à son centre une embole cancéreuse.

(1) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale,* 2e édition, vol. III, 1870, p. 612.

Observation IV (1) (A. Bérard). — X... Tumeur volumineuse au-dessous de la mâchoire inférieure, ayant tous les caractères d'une affection cancéreuse. Érysipèle de la face. A la suite, la tumeur décroît graduellement et *disparaît d'une manière complète.* Au bout de quelque temps, à la même place, reparaît une tumeur ayant les mêmes caractères que la première et qui, cette fois, suivit toutes les phases des affections cancéreuses. Le malade succomba, et l'on reconnut que la tumeur était constituée par du tissu encéphaloïde.

Observation V (2) (Maisonneuve). — X..., malade opéré par Blandin, en juillet 1839, d'un cancer de l'orbite. La tumeur repullule après cinq mois, le malade entre à la maison de santé dans le service de Monod. Huit jours après, la tumeur diminue et *finit par disparaître.* Le patient sortit n'éprouvant ni gêne ni douleur et ayant recouvré tous les mouvements de l'œil. Mais, trois mois après, les symptômes avaient reparu. Ce fut alors qu'il entra dans le service de Maisonneuve, qui extirpa la tumeur en conservant le globe oculaire, et le malade sortit guéri peu après. L'examen de la pièce confirma le diagnostic qui avait été porté d'un *cancer encéphaloïde.*

Dans les trois observations qui précèdent, il s'agit de tumeurs *encéphaloïdes* ayant complètement disparu. Il ne peut y avoir de doutes sur l'exactitude du diagnostic; l'observation de Nélaton est surtout décisive. Diverses espèces de sarcome peuvent subir les mêmes modifications. James Pa-

(1) Nélaton, *loc. cit.* Je donne cette observation d'après Nélaton, qui l'a recueillie à la Société de chirurgie. La Société, fondée en 1844 sous la présidence de Bérard, n'a donné le compte-rendu de ses séances qu'à partir de 1848. Les deux journaux de chirurgie de l'époque : le *Journal de chirurgie* et les *Annales de la chirurgie française et étrangère,* ne mentionnent pas son existence. Il est vrai que les deux directeurs, Malgaigne et Vidal, étaient les rivaux malheureux de Bérard, dans les concours de l'époque.

(2) Demarquay, *Tumeurs de l'orbite*, 1860, p. 467.

get a cité les observations suivantes de la Société pathologique de Londres, séance du 29 avril 1879.

Observation VI (1) (James Paget). — Jeune homme porteur d'un sarcome myéloïde de l'épaule, avec quelques masses plus petites dans le bras, le cou et l'aine. Ulcération de la masse située sur le deltoïde; la cachexie s'ensuivit, et l'on vit *disparaître presque en totalité* les masses situées sur le cou et dans l'aisselle. La santé du malade s'améliora suffisamment pour qu'il pût reprendre son travail. Dans la suite apparurent d'autres tumeurs dont il mourut.

Observation VII (2) (James Paget). — Gentleman porteur d'une énorme tumeur semblant être un « *cancer médullaire* » développé sur un testicule arrêté dans sa descente; elle avait envahi la vessie et le rectum. Traité par la liqueur de potasse et l'iodure de potassium, il se trouva si amélioré, que six ou sept semaines après, la tumeur n'était plus perçue par le rectum, il ne persistait qu'un peu d'induration. Après huit ou dix semaines, le néoplasme s'accrut de nouveau et disparut une seconde fois; une troisième poussée se déroba encore. Enfin l'accroissement se reproduisit, et le malade mourut. L'autopsie montra un cancer médullaire du testicule et du cordon ayant envahi les ganglions abdominaux.

Cette observation est peut-être un peu moins probante. L'iodure a pu, dans une certaine mesure, agir sur la zone inflammatoire autour du néoplasme; mais, en tenant compte de cette influence, il est permis de croire qu'elle n'a pas seule contribué à la résorption.

Il est à remarquer que, dans les observations précédentes, les tumeurs qui ont disparu n'étaient pas encore ulcérées. On a observé assez souvent des cancers ulcérés, qui, dans certains points, ont présenté des îlots de cicatrisation. Ce n'est pas sur les cas de ce genre, qui constituent une forme

(1) *The Lancet*, 10 mai 1879, t. I, 1879, p. 665.
(2) *The Lancet*, 10 mai 1879, t. I, p. 665.

de disparition spontanée, que je veux m'appuyer. Il est cependant des tumeurs, se cicatrisant spontanément, susceptibles d'être rapprochées de celles qui nous occupent. Telles sont les tumeurs épithéliales de la peau. Dans ces sortes d'épithélioma, l'ulcération existe d'emblée pour ainsi dire ; leur situation très-superficielle dans l'épaisseur du derme fait que la moindre irritation aboutit à la destruction des couches superficielles du tégument. Leur multiplicité, leur tendance à la cicatrisation, leur constitution histologique (épithéliome tubulé (Ranvier), adénome sudoripare (Verneuil), etc.) toute spéciale, leur impriment un caractère clinique très-net. On peut lire à ce sujet la thèse de M. Rigaud (*De l'épithélioma disséminé*, Paris, 1878). L'observation suivante peut être rapportée, je crois, à cette forme de néoplasme.

Observation VIII (inédite). — B..., cultivateur, entra en août 1878 dans le service de M. D. Mollière, salle Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu. Aucun antécédent pathologique. Depuis quatorze ans, il portait une tumeur à la partie antérieure du sternum. De la grosseur d'un pois au début et, suivant le malade, molle sous la peau, elle avait régulièrement et graduellement augmenté de volume. Pendant les dernières années, à plusieurs reprises, elle s'était ouverte en laissant suinter un peu de sang, mais les orifices se cicatrisaient. Deux mois avant son entrée, il ouvrit la tumeur en deux points avec un couteau. Les orifices restèrent fistuleux, et partie de là l'ulcération envahit toute la tumeur, dont le volume était presque celui du poing. En même temps, il était porteur d'un chancre syphilitique ; sa femme avait quelque temps auparavant pris la syphilis d'un nourrisson. La tumeur fut enlevée, et quoique l'examen histologique n'ait pas été pratiqué alors, on la considéra comme un épithéliome. La cicatrisation fut rapide et le malade rentra chez lui.

Il est revenu à l'Hôtel-Dieu en 1881. Il est atteint d'une affection de la partie antérieure de la poitrine, caractérisée par la présence de petites tumeurs fongueuses, réunies quel-

quefois en masse, laissant suinter un liquide séro-sanguin, très-fétide et *se cicatrisant par places* pour repulluler plus loin. La première lésion a reparu il y a un an au pourtour de la cicatrice opératoire. Au début se montre une macule rougeâtre, puis une papule qui se couvre d'une croûte; cette croûte, quand on l'enlève, découvre une surface fongueuse. Parfois plusieurs de ces papules se réunissent et forment les masses décrites plus haut. Quand la suppuration a duré quelque temps, les fongosités s'affaissent, se recouvrent d'une couche épidermique, et il ne reste bientôt qu'une macule rougeâtre qui chaque jour va en diminuant d'étendue. Nous avons vu disparaître ainsi un assez grand nombre de ces petites tumeurs au niveau du grand pectoral droit. Pas d'engorgement ganglionnaire. Teint jaune, état cachectique assez avancé.

M. le professeur Renaut a examiné une des tumeurs enlevées et a reconnu qu'elle se rapportait à l'épithéliome tubulé.

III

Polysarcose régressive.

Une maladie dont les principaux caractères sont : l'exis. tence de tumeurs multiples sarcomateuses, rares dans les viscères, ne s'ulcérant jamais, rétrocédant toujours, souvent partiellement, parfois d'une manière complète, tel sera l'objet de ce paragraphe. Je donne d'abord les observations sur lesquelles se fonde cette description.

Observation IX (1) (Millard). — Meunier (Augustine), 40 ans, ménagère, entre à Beaujon le 21 août 1878, salle Sainte-Claire, n° 33, dans le service de M. Millard.

Mère morte à 58 ans de cancer utérin. Manifestations scrofuleuses pendant son enfance : gourmes, glandes, maux

(1) Millard, Société médicale des hôpitaux, séance du 28 mai 1880; *Union médicale*, 1880, vol. xxx, p. 457 et 469.

de gorge. Plus tard, ulcération de la matrice. Ni enfants ni fausses couches. Les règles ont disparu depuis trois ans.

Il y a dix-huit mois, apparition d'une tumeur au creux de l'estomac. Digestions mauvaises, troubles digestifs et vomissements. Elle entre dans le service du professeur Lefort, pour sa tumeur qui s'est étendue du côté droit. On l'envoie au Vésinet, d'où elle revient en août 1877 avec une pleurésie double, qui fut traitée dans le service de M. Maurice Raynaud. Elle en guérit rapidement.

1879, 7 janvier. Tumeur abdominale faisant une saillie volomineuse au niveau de l'hypochondre et du flanc droits, visible en avant et latéralement. En haut se confond avec le foie et semble s'insinuer sous les fausses côtes, en bas elle se termine en s'arrondissant au niveau d'une ligne passant par la crête iliaque droite. Pas d'adhérences à la paroi. On ne sent pas la tumeur en arrière. Consistance dure et rénitente, une seule masse.

Il n'y a pas d'œdème des jambes ni de la paroi. Circulation collatérale assez développée sur la paroi abdominale et allant de haut en bas.

On trouve, en outre, une tumeur dans la mamelle gauche, dans l'aisselle droite plusieurs petits ganglions et une tumeur plus superficielle du volume d'une lentille. A gauche, tumeur semblable.

Autres tumeurs sur le lobe gauche du corps thyroïde et dans l'aine.

Grandes fonctions intactes. Pas de syphilis. Rien dans l'urine ni le sang. Iodure de potassium, 2 gr.

19 janvier. Retour des règles. Apparition d'une tumeur dans la fosse sus-épineuse gauche du volume d'une noix.

23 janvier. A droite, sous la grosse tumeur abdominale, autre tumeur plus petite, mobile et indépendante.

3 février. Tumeur de la fesse gauche. La malade prend 3 gr. d'iodure de potassium.

12 février. Tumeur au niveau de l'omoplate à droite.

31 mars. Pas de tumeurs nouvelles; une principale, celle de l'abdomen, huit secondaires, deux ont été enlevées à

l'aine gauche (8 février) et dans le dos (21 février) pour en faire l'examen histologique. On porte alors l'iodure à 8 gr., mais la dyspepsie qu'il provoque le fait supprimer.

Mai 1879. Teinture d'iode, 4 gouttes.

23 juin. Troubles dyspeptiques. Œdème des jambes, sans albuminurie.

10 juillet. Amélioration. Teinture d'iode, 15 gouttes.

Novembre 1879. Grande amélioration, plus d'œdème, de douleurs, ni d'ascite. Les tumeurs *se sont rétractées.* La teinture d'iode en topique a rapidement fait diminuer celle du corps thyroïde.

Avril 1880. L'amélioration a continué. Embonpoint et appétit. La menstruation est rétablie. État général bon.

Tel était l'état de la malade quand elle fut présentée à la Société médicale des hôpitaux le 28 mai 1880.

Le 25 juin (1), poussée douloureuse du côté des diverses tumeurs. Le néoplasme de l'abdomen augmente de volume d'une manière sensible. A partir de cette époque, l'état de la malade alla en s'aggravant; il y eut quelques améliorations passagères de très-courte durée. Les tumeurs restaient à peu près stationnaires ; il ne s'en montra qu'une nouvelle au niveau de la partie supérieure du grand pectoral droit.

L'état général se ressentit profondément de ce changement. La toux devint fréquente, convulsive avec expectoration muqueuse abondante. L'auscultation fit reconnaître une double pleurésie sèche.

La dyspepsie s'accompagna d'une abondante diarrhée sé reuse avec coliques.

L'œdème des membres inférieurs et l'ascite disparurent quand la diarrhée s'établit, mais se montrèrent bientôt à nouveau.

Douleurs assez vives, soit sur les tumeurs, soit dans la région épigastrique.

La malade mourut le 19 novembre 1880 d'épuisement avec algidité progressive.

(1) *Union médicale*, 1881, nº 34, p. 397 et nº 35, p. 412.

A l'autopsie, on reconnut que la tumeur abdominale ne dépendait pas du foie comme on l'avait cru pendant la vie; elle pesait 2,680 grammes. Elle avait pris naissance dans l'espace rétro-péritonéal, dans l'atmosphère graisseuse du rein, avait contracté des adhérences avec le foie et comprimé, en les atrophiant, le rein et la capsule surrénale droits.

Les poumons offraient d'assez nombreux nodules néoplasiques. Quelques-uns se montraient sur la capsule du foie et du rein droit. Les tumeurs observées pendant la vie siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané.

On trouva un nodule dans la veine cave inférieure au point où elle s'abouche dans l'oreillette droite.

L'examen histologique avait été fait pendant la vie de la malade, par Malassez, sur deux échantillons pris l'un dans le dos, l'autre à l'aine. On avait vu que la tumeur sous-cutanée de la région dorsale était entièrement composée de cellules fusiformes (éléments fibro-plastiques de Lebert) disposées par faisceaux dirigés en différents sens, en sorte que sur une coupe on a la vue de ces faisceaux coupés longitudinalement, transversalement ou obliquement. Il existe très-peu de faisceaux conjonctifs, et les vaisseaux sont pour la plupart des vaisseaux à parois embryonnaires. En résumé, sarcome fasciculé de Cornil et Ranvier, sarcome fuso-cellulaire de Virchow, tumeur fibro-plastique de Lebert.

La tumeur de l'aine ne présente aucun caractère du tissu ganglionnaire, quelques *parties myxomateuses*, d'autres caséeuses; dans certains points les éléments sont devenus granulo-graisseux.

L'autopsie montra que la tumeur de l'abdomen et celles situées dans d'autres points avaient la même constitution. Toutes sont nettement capsulées. Les faisceaux qu'elles contiennent sont nombreux et n'ont pour paroi qu'un endothélium. Quelques fibres élastiques dans la capsule. On peut suivre le développement de la tumeur qui, en certains points, les plus anciens, ne présente que des faisceaux connectifs et quelques rares cellules fusiformes; ailleurs, les éléments

fusiformes dominent, et enfin dans les parties les plus jeunes existent de nombreuses cellules embryonnaires.

Nulle part les lymphatiques ne sont atteints. Pas de lymphangite pleurale.

Une des tumeurs située à la fesse gauche a son centre ramolli; elle a subi la dégénérescence kystique avec foyer hémorrhagique ancien; le sang contenu a la couleur chocolat des vieux kystes sanguins.

Observation X (1) (Laboulbène). — Homme de 50 ans. Semble plus vieux que son âge. Il entra à la Charité dans le service de M. Laboulbène; il en sortit une fois très-amélioré, mais revint y mourir quelque temps après.

Sur diverses parties du corps, aux bras, sur le dos, le ventre, les cuisses, une série de petites tumeurs semblables à celles que présente la malade de M. Millard, mais plus *vasculaires*, plus cutanées que sous-cutanées.

Le diagnostic fut très-discuté. Les professeurs de clinique, venus à la Charité pour les examens, le virent, et l'opinion la plus générale fut que les tumeurs étaient sarcomateuses, fibro-plastiques. On enleva une tumeur, c'était un sarcome fasciculé myxoïde.

Le foie était hypertrophié : j'ai vu les tumeurs se développer lentement et le foie augmenter de volume, puis, sous l'influence d'un traitement par les iodiques, et surtout l'iodure de potassium, la *diminution des tumeurs eut lieu*, et une amélioration très-grande fut obtenue. Le malade se trouvait si bien qu'il sortit en se croyant en voie de complète guérison. Mais, plusieurs mois après, il est revenu avec un aspect cachectique très-prononcé, présentant de l'ascite, le foie beaucoup plus gros, offrant de nouvelles tumeurs, et il ne tarda pas à succomber. L'examen histologique confirma la nature sarcomateuse de toutes les productions anormales, les unes plus particulièrement formées de cellules embryon-

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 28 mai 1880. Discussion après la présentation de Millard. — *Union médicale*, 1880, nº 123, p. 473.

naires, les autres de cellules fusiformes, avec matière amorphe interposée.

Quoique ne contenant pas des détails aussi circonstanciés que la précédente, cette observation a une très-grande valeur. M. Laboulbène avait sous les yeux, au moment où il la rapportait à la Société médicale des hôpitaux la malade de M. Millard, et il déclare que son malade « est en quelque sorte le pendant de la femme qui vient de nous être présentée ». On peut voir, d'ailleurs, par les résultats de l'examen histologique, que les caractères anatomiques ne sont pas moins identiques dans les deux cas que les caractères cliniques.

Les malades de MM. Millard et Laboulbène ont vu leurs tumeurs diminuer seulement de volume; dans les observations suivantes, on en a constaté la complète disparition.

Observation XI (1) (Coats et Gaisdner). — M. G..., 32 ans, a toujours eu une santé robuste. Quatorze mois avant sa mort, il constata l'apparition de tumeurs de la peau dans différents points. Autant qu'il peut se souvenir, les premières se montrèrent sur l'abdomen, entre l'ombilic et la crête iliaque, puis sur les épaules et la tête. De la douleur accompagnait leur éruption et attira l'attention du malade sur chaque nouveau nodule. Cette douleur est souvent intense et déchirante. Quand les tumeurs arrivent à leur entier développement, la douleur disparaît graduellement et l'attention se détourne d'elles. Puis, quand après un certain temps, on s'en occupe de nouveau, il arrive souvent qu'elles ont disparu. Dans quelques cas elles n'ont pas été perdues de vue, mais on a observé la diminution graduelle de leur volume souvent assez rapide, pour qu'en quelques jours la différence soit distinctement appréciable.

Cela dura pendant six ou sept mois, le malade espérant toujours que puisque « ses ennemies » allaient et venaient,

(1) *Transactions of the pathological Society of London*, 1879, vol. xxx, p. 387.

elles devaient quelque jour disparaître complètement. Cette espérance était vaine, et le patient commença à éprouver une certaine faiblesse avec perte de son robuste appétit.

Le docteur Thomson le vit alors pour la première fois. Il le trouva vigoureux, n'ayant pas la moindre affection autre que ses tumeurs. Il est important de remarquer que dès cette époque l'attention du docteur Thomson fut attirée sur un de ces néoplasmes qui avait été un des premiers à se montrer. Il siégeait sur la paroi abdominale au niveau de la crête iliaque, près de l'épine supérieure et antérieure. C'était le plus volumineux de tous ceux observés pendant le cours de la maladie, il mesurait quatre pouces sur trois. La première impression du docteur Thomson fut que c'était une tumeur graisseuse bien limitée et susceptible d'être enlevée. Elle fut examinée par intervalles pendant un mois ou deux et ne semblait pas à la fin plus grosse qu'au premier examen. Le malade ne fut pas revu ensuite pendant deux mois, et quand il se présenta de nouveau, *il n'y avait plus trace de la tumeur*.

Le reste de l'observation peut se résumer comme il suit: Le nombre des tumeurs augmenta peu à peu de nombre et on en compta jusqu'à 34 disséminées sur la tête, le tronc et les membres. Les plus volumineuses avaient 2 pouces à 2 pouces et demi de diamètre. Les plus petites étaient presque cutanées et avaient une couleur blanchâtre; les autres, plus profondes, faisaient un relief sous-cutané sans adhérer aux ligaments; enfin d'autres, plus profondément situées, ne se reconnaissaient qu'à la palpation. Leur forme était globulaire ou ovoïde; elles étaient bien limitées, homogènes, non fluctuantes, assez fermes et non douloureuses à la pression.

L'état général resta bon jusqu'à huit semaines avant la mort. A cette époque le malade présenta des signes très-marqués de défaillance avec perte de l'embonpoint et de l'appétit. Puis survinrent du hoquet, des vomissements en même temps qu'une douleur intense et paroxystique, rappelant les coliques néphrétiques, s'étendant de la région lom-

baire gauche à l'ombilic. Ces symptômes présentaient des périodes de rémission et d'exacerbation.

Puis la faiblesse augmenta. Il maigrit rapidement, devint languissant, somnolent, et eut un hoquet presque continuel jusqu'à sa mort survenue le 10 août 1878.

Outre les tumeurs cutanées, l'autopsie faite par les docteurs Thomson et Norris, de Dumfries, en montra un grand nombre dans la cavité abdominale et plusieurs en connexion avec l'intestin. L'atmosphère graisseuse du rein gauche en était farcie, sans qu'il y ait lésion du rein lui-même. La capsule surrénale gauche était remplacée par une tumeur ramollie à son centre et contenant des caillots.

Pour le docteur Coats, ces tumeurs avaient une constitution lymphoïde. La Société pathologique de Londres renvoya les pièces à l'examen de sa section des productions pathologiques, et le rapport de cette commission (1) fut fait par les docteurs Henry Buttlin et James Goodhart dont le travail peut se résumer ainsi : les éléments fondamentaux de ces tumeurs offrent une uniformité remarquable. Ils se composent de petites cellules arrondies et nucléées régulièrement, disposées dans un protoplasma amorphe. Nulle part on ne voit de réticulum tel qu'on le trouve dans le tissu lymphatique, mais dans certains points il y a un semblant d'organisation grossière, produite en apparence par l'allongement de quelques cellules, et même par la présence de tissu fibreux. Cette description correspond par tous ses détails aux formes les plus jeunes du sarcome à cellules rondes, du sarcome granuleux et peut-être du gliosarcome. Beaucoup de ces tumeurs sont encapoulées, mais en dehors des membranes limitantes, il y a de nombreux groupes de cellules que le microscope découvre, principalement autour des vaisseaux sanguins.

Toutes ces tumeurs sont remarquables et identiques par le grand volume de leurs vaisseaux sanguins, ou plutôt ca-

(1) *Transactions of the pathological Society of London*, 1879, v. XXX, p. 391.

naux sanguins. Sur une section verticale, beaucoup de ces nodules sont creusés de larges et tortueux canaux formés par un système de cellules tubulaires. Une coupe transversale montre un large canal sans membrane limitante définie en beaucoups de points, mais ailleurs possédant une membrane propre et une couche endothéliale, ou même une colonne de cellules sans disposition régulière. Quelques-uns de ces espaces contiennent des caillots sanguins.

Disparition incomplète dans deux cas, complète dans un autre, mais avec prompte récidive, et la mort comme terminaison dans tous, voilà ce que nous ont montré les observations déjà citées ; celle qui suit a eu une terminaison plus heureuse, la guérison a été complète.

Observation XII (R.Tripier)(1).—Antoine Schlopp, 22 ans, jardinier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 43, le 11 juin 1875, pour des douleurs vagues qu'il éprouve dans les membres depuis plusieurs années. Rien d'héréditaire. Pendant son enfance il a eu de la fièvre intermittente (?) et des crises épileptiformes (?)

Il n'offre à cette époque que des signes de bronchite généralisée, avec toux quinteuse. Il a un peu maigri. Il a un peu d'œdème des jambes, mais pas d'albumine dans l'urine.

En examinant le malade le 24 juin, on s'apercoit que ses doigts sont constamment demi-fléchis, que l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras, ce dont il ne se plaint nullement. Sentiment de raideur dans les membres, surtout dans les mouvements d'extension, qui, exagérés, deviennent douloureux. Du reste, l'extension complète des membres supérieurs est impossible. Pour obtenir l'extension des doigts, on est obligé de mettre les fléchisseurs de l'avant-bras dans le relâchement par la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Les masses musculaires, épitrochléennes et épicondyliennes de chaque membre présentent une fermeté anormale. Il semble que la couche superficielle des parties sail-

(1) R. Tripier, *Lyon Médical*, 1876, 16 juillet, n° 29, p. 365.

lantes soit indurée et forme une coque dure, résistante, enveloppant les parties profondes. En outre, on perçoit quelques petites nodosités au niveau du tissu musculaire superficiel. Ces altérations existent à un degré plus avancé à chaque bras. Les muscles de la région antérieure et notamment les biceps offrent une rigidité, une dureté à la superficie qui leur donne une consistance ligneuse. En outre, il existe dans le tissu musculaire superficiel, dans les interstices musculaires, et principalement le long de la gaîne des vaisseaux, un grand nombre de petites tumeurs rondes, ovoïdes, dont la grosseur varie du volume d'un petit pois à celui d'une noisette. Ces tumeurs jouissent d'une certaine mobilité. Elles sont tout à la fois fermes, résistantes et un peu élastiques. En les pressant même assez fortement, on ne détermine pas de douleur. Les muscles pectoraux de chaque côté sont le siége d'une grande quantité de tumeurs semblables à celles du bras, et en promenant la main sur la poitrine, on sent glisser sous les doigts une quantité de petites billes.

Aucune tumeur ne fait de saillie apparente. Elles sont toutes sous-aponévrotiques ; cependant on trouve à la partie antérieure et moyenne du bras droit une petite tumeur de la grosseur tout au plus d'une lentille qui paraît sous-cutanée.

Les membres inférieurs sont atteints à un moindre degré.

Les ganglions lymphatiques sont indemnes. Sang normal.

La maladie aurait débuté en 1874, époque à laquelle des douleurs et des raideurs musculaires apparurent, assez intenses pour forcer le patient à suspendre parfois son travail. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium, mais l'intolérance de l'estomac obligea bientôt à le suspendre.

Le 27 juillet, point de côté et hémoptysie. La respiration est obscure, le son mat à la pointe de l'omoplate. Les hémoptysies se reproduisirent, les jambes furent envahies, les tumeurs se multiplièrent. A l'iodure, à la liqueur de Fowler on substitua l'huile de foie de morue. Tout d'abord il y eut amélioration de l'état général, les forces et l'appétit revinrent, puis les tumeurs se mirent à décroître. Le malade avait

été considéré comme perdu après l'examen histologique d'un de ses néoplasmes ; aussi ne fut-ce qu'en voyant les mouvements devenir plus faciles (février 1876) qu'on l'examina de nouveau. A cette époque, les tumeurs avaient diminué beaucoup et les indurations musculaires avaient presque complètement disparu. En avril 1876, on ne peut voir qu'une petite tumeur de la grosseur d'un pois à la partie interne du bras gauche. Tous les mouvements sont faciles.

J'ajouterai que dans ce cas l'amélioration n'a pas été temporaire. M. R. Tripier, à qui je demandai, il y a quelques jours, des nouvelles de ce malade, me dit qu'il l'avait revu chaque année depuis lors et que l'état général demeure excellent. Aucune tumeur n'a reparu.

M. Morat examina une tumeur prise dans l'épaisseur du biceps gauche. Les préparations histologiques coloriées au picro-carmin montrent : dans une substance amorphe, des amas de cellules séparées par des faisceaux longitudinaux remplis eux-mêmes de cellules. Celles-ci, coloriées par le carmin, sont fusiformes et contiennent un ou plusieurs noyaux ; leurs prolongements sont plus ou moins longs, et dans certains points constituent des faisceaux conjonctifs qui ont une légère teinte verdâtre. Quant aux amas de cellules, ils sont certainement constitués par des faisceaux identiques aux précédents et vus sur une coupe. Il y a un certain nombre de fibres élastiques. Les vaisseaux sont aussi assez nombreux ; ils sont surtout très-manifestes sur les préparations provenant du liquide de Müller. Enfin, on peut s'assurer qu'il n'existe aucune trace de tissu réticulé. Il s'agit évidemment de tumeurs offrant les caractères histologiques du sarcome.

Ces quatre observations offrent, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, des identités que je ferai ressortir plus loin. Il semble donc exister une forme de diathèse sarcomateuse dont les symptômes n'ont pas encore été isolés de ceux qui appartiennent au genre sarcome en général. Cette séparation peut se faire d'après les faits que j'ai réunis. Il se peut fort bien qu'il y en ait eu de publiés

qui ne soient pas venus à ma connaissance, mais ceux que nous possédons sont très-démonstratifs et très-complets.

L'affection ne doit pas être aussi rare qu'on le croirait. Nos quatre observations sont toutes récentes (de 1876 à 1880), ceux qui les ont publiées ignoraient l'existence de cas analogues, et si l'attention eût été attirée depuis un temps plus long, nul doute que la description ne pût s'appuyer sur des matériaux plus abondants.

Le sexe est indifférent. Trois hommes et une femme. L'âge varie de 22 à 50 ans. On peut incriminer l'hérédité dans le cas de Millard; la mère de la malade était morte d'un cancer utérin.

Les antécédents personnels ne paraissent pas jouer de rôle. Il faut noter cependant que la malade de l'observation IX avait un fibrome utérin depuis de longues années.

Symptômes. — La *douleur* existe tantôt comme symptômes précédant l'apparition des tumeurs (Coats, Tripier) et cesse alors quand elles sont arrivées à leur volume définitif, tantôt quand il se produit des exacerbations dans leur accroissement (Millard). Il faut encore signaler des douleurs symptomatiques de lésions viscérales, surtout celles produites par les lésions du rein ou plutôt de ses enveloppes (Coats, Millard). Ces sensations se confondent avec des coliques hépatiques ou néphrétiques.

La *multiplicité* des tumeurs semblent le plus souvent exister d'emblée. Leur nombre peut être très-considérable (Laboulbène, Tripier) ou plus restreint (34 dans le cas de Coats, 10 dans celui de Millard). Leur *situation* n'a rien de fixe, si ce n'est la constance de leur apparition en des points voisins du tégument.

Leur *volume*, qui peut être assez considérable dans les viscères, ne dépasse jamais celui d'un petit œuf sous la peau.

Leur *marche* présente à considérer deux hypothèses, la guérison ou la mort.

La guérison arrive par le mécanisme exposé dans l'observation unique de M. R. Tripier. Les tumeurs disparaissent

peu à peu, l'état général s'améliore et cette amélioration persiste indéfiniment.

Mais ce qui est tout à fait spécial à l'affection qui nous occupe, c'est la possibilité d'une amélioration de la maladie, alors même que l'issue doit être fatale. La régression spontanée est le caractère pathognomonique de la polysarcose régressive. Cette régression peut n'être que la diminution de volume des tumeurs (Millard, Laboulbène) ou la disparition complète de quelques-unes (Coats).

Toujours en même temps on voit s'améliorer l'état général et parfois on peut croire à une guérison véritable. Mais la plupart du temps, ce n'est qu'un arrêt dans la marche de l'affection qui entraîne le malade plus ou moins rapidement.

La mort est dans tous les cas arrivée de la même façon. Les malades succombent aux progrès d'un affaiblissement graduel, à un état cachectique et non à des lésions splanchniques.

Ces lésions existent pourtant quelquefois. Pendant la vie, la malade de Millard a offert des symptômes pulmonaires, et à l'autopsie on trouva d'assez nombreux nodules sarcomateux dans les organes. Le malade de M. Tripier avait sans doute des néoplasmes pulmonaires au moment de ses hémoptysies.

Disons, en outre, que l'examen du sang et de l'urine n'a jamais rien montré d'anormal.

Mais ce qu'il faut bien remarquer, c'est que dans aucun cas ces tumeurs ne sont arrivées à l'ulcération. Le mycosis fongoïde présenta bien le phénomène de la régression spontanée, mais il a pour caractère essentiel la production de masses fongueuses ulcérées. Sarcomes multiples, absence d'ulcérations, régression spontanée, voici les trois faits principaux de l'affection.

Je ne m'appesantirai pas sur le détail anatomique ; on n'a qu'à se reporter aux observations. Je me bornerai à faire remarquer que les examens histologiques jouissent d'une

certitude incontestable : ils ont été pratiqués récemment par des histologistes différents et d'un mérite reconnu.

Le diagnostic ne peut être certain qu'après ablations et examen d'une tumeur. Dans deux cas (Laboulbène et Tripier) on songea à des cysticerques; la préoccupation, causée par l'idée d'un lymphadénome, se révèle dans les examens histologiques de Malassez, Morat et Buttlin.

Le traitement mérite de nous arrêter un instant. Toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un malade atteint de tumeurs multiples sarcomateuses, il sera prudent de lui administrer les préparations iodurées. L'iodure a amélioré le malade de Laboulbène, la malade de Millard prenait de la teinture d'iode, celui de Tripier guérit alors qu'il prenait de l'huile de foie de morue. Remarquons cependant que le malade de Coats ne fit aucun traitement au début et que ce fut précisément alors que quelques-unes de ses tumeurs disparurent. N'a-t-on pas pris un symptôme de la maladie pour une conséquence du médicament ?

IV

Quelles sont, au point de vue de la pathologie générale des tumeurs, les conséquences à tirer de ces observations ?

Nous pouvons en conclure, une fois de plus, que la malignité d'une tumeur ne dépend pas absolument de sa structure anatomique. Le malade de M. Tripier, si heureusement guéri et d'une manière si durable, n'était-il pas porteur de néoplasmes répondant à une forme anatomique excessivement grave ? Dans les cas de tumeurs multiples, quand le microscope aura affirmé la nature sarcomateuse de ces productions morbides, il faudra en appeler à la clinique et voir si cet examen ne permet pas quelque espoir. Ce n'est pas seulement le pronostic des tumeurs sarcomateuses multiples qu'améliore la connaissance d'un temps d'arrêt dans la marche de la maladie. Toute tumeur, dont l'évolution offre ces intermittences, est moins grave que celle qui ne les présente pas. Si les chances de mort ne sont guère atténuées pour le ma-

lade, il souffrira infiniment moins, et ce ne sera pas une mince satisfaction pour le médecin que de pouvoir appuyer, sur le fait d'une disparition antérieure, l'espérance à une nouvelle régression. L'illusion sera de la sorte plus facile à faire naître, et c'est un moyen qui n'est pas à dédaigner en présence d'une affection aussi désespérante que les maladies cancéreuses.

Ce phénomène de la résorption, dans quelles conditions se produit-il ? Nous ne pouvons prétendre à en pénétrer les causes et le mécanisme ; il faudrait, pour cela, posséder sur la physiologie pathologique des néoplasmes des connaissances que nous n'avons pas. Mais étant donnée une tumeur qui a disparu, s'est-elle trouvée dans des conditions spéciales pouvant avoir joué un rôle dans ce phénomène ? Les mêmes conditions se trouvent-elles dans plusieurs cas identiques ? Telles sont les propositions que nous pouvons examiner.

Dans l'observation de Bérard, la disparition d'une tumeur a suivi l'éruption d'un érysipèle de la face. Y a-t-il simple coïncidence ? Un cas unique ne permet pas d'édifier une théorie, mais autorise une hypothèse. Est-ce que la fièvre, en déterminant une autophagie manifestée par le rapide amaigrissement des fébricitants, ne pourrait pas exercer sur un néoplasme la même influence que sur tous les tissus de l'économie ? Le docteur Barlow (1) citait à la Société pathologique de Londres un cas de lymphadénome dans lequel il vit la résorption d'une grosse tumeur du cou pendant une fièvre. La *cachexie* n'agit-elle pas de même ? Dans l'observation IX nous voyons disparaître des masses cancéreuses pendant la période cachectique déterminée par l'ulcération d'une autre tumeur.

Mais si nous considérons les tumeurs elles-mêmes, nous nous trouvons en présence de faits plus intéressants.

La *multiplicité* des tumeurs est le phénomène le plus constant dans les observations de régression spontanée. Cette multiplicité existe dans le lymphadénome (obs. I, II),

(1) *The Lancet*, 1879, vol. I, p. 665.

l'encéphaloïde (obe. III), le sarcome (obs. IX, X, XI, XII). A ce sujet, je ferai remarquer une chose, c'est que dans le plus grand nombre de ces faits il ne s'agit pas de tumeurs secondaires produites par la généralisation d'une tumeur mère. Les néoplasmes paraissent multiples d'emblée. Les faits de ce genre aujourd'hui connus sont assez nombreux, et M. Verneuil a, l'année dernière, inspiré une thèse sur ce sujet. (Sauce, *De la pluralité des néoplasmes*, thèse de Paris, 1880.)

Cette irrégularité dans l'accroissement des tumeurs multiples avait attiré l'attention de certains cliniciens, et Savory (1) l'explique ainsi : « Quelquefois il semble que la présence de tumeurs simultanées dans d'autres parties de l'organisme entrave la rapidité d'accroissement de la tumeur primitive; dans ces cas on peut observer qu'une tumeur ou des tumeurs, après s'être rapidement développées, cessent de s'accroître et même diminuent et s'atrophient. Mais de telles modifications, quoique ce ne soit pas constant, sont quelquefois associées à l'accroissement rapide de semblables tumeurs dans d'autres points. » Pour Savory, il y aurait une sorte de compensation dans le développement des néoplasmes multiples ; il semblerait que la maladie ne soit capable que d'un effort limité et ne puisse fournir à la néoformation sur tous les points à la fois. Cela peut être admis quand la disparition ou la diminution ne sont que partielles ; mais quand elles sont totales, il faut chercher une autre explication. Je serais même tenté de rejeter absolument la théorie, car fausse dans les cas les plus nets, je ne saurais l'admettre pour ceux qui le sont moins. Tout au plus peut-on la tolérer quand il s'agit de la disparition de tumeurs secondaires des ganglions (obs. VI).

La *structure* des néoplasmes doit jouer un rôle important. Pour le lymphadénome, qui de toutes les tumeurs offre le

(1) Savory : Abstract of a clinical lecture on malignant tumours certains conditions other than those connected with their structure, with influence their clinical history. (*The Lancet*, 1879, t. I, p. 37.)

plus souvent des phénomènes de régression, une structure qui n'est souvent que la multiplication de quelques éléments normaux peut jusqu'à un certain point expliquer une diminution de volume, déterminée par le retour dans la circulation de quelques cellules lymphatiques.

Dans les autres cas, sarcome, carcinome, on s'est toujours trouvé en présence de formes molles et vasculaires. Le carcinome est toujours encéphaloïde (obs. III, IV, V). Quant au sarcome, nous voyons, suivant le docteur Coats (obs. XI), toutes les tumeurs d'une consistance peu résistante, en partie ramollies et infiltrées de caillots sanguins. La tendance à l'hémorrhagie est très-accusée dans plusieurs d'entre elles et peut expliquer la disparition de quelques-unes pendant la vie.

MM. Buttlin et Goodhardt, après avoir décrit la structure de ces mêmes tumeurs, ajoutent : « Cette structure suggère une hypothèse très-plausible sur la disparition rapide de ces tumeurs pendant la vie. Quand nous voyons avec quelle promptitude la rate se tuméfie ou se rétracte, et que ces phénomènes sont dus en partie à la tuméfaction des follicules et à la multiplication des éléments lymphatiques, il n'est pas impossible que ces tumeurs, avec une structure telle que celle que nous connaissons, avec leurs volumineux vaisseaux sans membrane limitante, avec les amas cellulaires lâchement réunis qui les entourent, puissent disparaître spontanément. Et nous osons conseiller, comme un moyen propre à confirmer ou infirmer cette hypothèse, d'examiner soigneusement à l'avenir le sang dans tous les cas analogues, particulièrement pendant la disparition des tumeurs. »

Cette vascularisation abondante est notée aussi dans l'observation de Millard. Une des tumeurs était même transformée en kyste sanguin. Il faut donc tenir compte de la facilité avec laquelle les éléments peuvent rentrer dans la circulation générale, que ce soient des globules blancs ou les restes d'une hémorrhagie.

Le *siége* occupé par ces néoplasmes ne peut-il pas avoir

une certaine influence ? La peau ne jouirait-elle pas à cet égard d'une certaine immunité, et les productions morbides, nées dans son épaisseur ou son voisinage, auraient-elles une physiologie pathologique spéciale ? Si cette cause peut agir dans l'épithélioma disséminé (obs. VIII), elle ne semble pas pouvoir être invoquée pour la plupart des autres faits. Dans la polysarcose les tumeurs sont rarement cutanées, souvent elles siégent dans le tissu cellulaire et quelquefois plus profondément dans les muscles et les viscères.

En résumé, on peut admettre que la multiplicité des tumeurs, leur mollesse et leur vascularisation *favorisent* leur résorption spontanée. Mais toutes les tumeurs qui réunissent ces caractères ne disparaissent pas ou ne s'arrêtent pas dans leur évolution. Ils peuvent, aidés par une cause extrinsèque, fièvre, cachexie, déterminer un arrêt ou une résolution passagère dans des néoplasmes quelconques, mais ils ne suffisent pas pour expliquer la régression constante des tumeurs sarcomateuses multiples. Il faut chercher ailleurs, dans la physiologie de la diathèse elle-même, les conditions de ce phénomène. Et comme cette physiologie nous est inconnue, il faut suspendre notre jugement. Sous une influence quelconque, des productions morbides se montrent tout à coup dans des points divers de l'organisme; puis cette poussée s'arrête, se reproduit encore, ou disparaît d'une manière définitive; il y a à tous ces phénomènes une raison que l'examen des pièces pathologiques nous révélera difficilement.

Je ferai remarquer en dernier lieu que la régression peut atteindre tantôt les tumeurs primitives, tantôt les tumeurs ganglionnaires ou de généralisation, tantôt enfin des tumeurs récidivées.

CONCLUSIONS.

I. Les tumeurs malignes peuvent rester stationnaires, diminuer de volume, disparaître en totalité, d'une manière spontanée et sans inflammation ulcérative ou gangréneuse.

II. Ces phénomènes sont indépendants de la nature anatomique et de l'âge du néoplasme.

III. Dans la majorité des cas, la marche fatale n'est que retardée.

IV. On peut grouper sous le nom de *polysarcose régressive* un certain nombre de faits caractérisés par la présence de tumeurs *sarcomateuses*, *multiples*, *non ulcérées*, *disparaissant spontanément*, en partie ou en totalité, avec *modifications correspondantes de l'état général et susceptibles de guérison complète et définitive.*

V. La multiplicité et la vascularisation abondante peuvent favoriser la résorption, mais ne peuvent la déterminer sans le concours d'une cause qui nous est inconnue.
